

HÄLSOENKÄT

Del 1: Några frågor om din hälsa

Besvara frågorna genom att ange det alternativ som stämmer bäst in på dig. Om du är osäker, ange ändå det alternativ som känns mest riktigt och skriv kommentarer i marginalen.

1. I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är: _____

(sätt kryss i en ruta)

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Utmärkt | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mycket god | <input type="checkbox"/> |
| 3. God | <input type="checkbox"/> |
| 4. Någorlunda | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dålig | <input type="checkbox"/> |

2. Jämfört med för ett år sedan, hur skulle du vilja bedöma ditt allmänna hälsotillstånd nu? _____

(sätt kryss i en ruta)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Mycket bättre nu än för ett år sedan | <input type="checkbox"/> |
| 2. Något bättre nu än för ett år sedan | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ungefär detsamma | <input type="checkbox"/> |
| 4. Något sämre nu än för ett år sedan | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mycket sämre nu än för ett år sedan | <input type="checkbox"/> |

3. De följande frågorna handlar om aktiviteter som du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är du på grund av ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?

(sätt ett kryss för ett alternativ på varje rad)

	1 Ja, mycket begränsad	2 Ja, lite begränsad	3 Nej, inte alls begränsad	_____
a. Ansträngande aktiviteter, som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogs promenader eller trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Lyfta eller bära matkassar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Gå upp för flera trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Gå upp för en trappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. Böja dig eller gå ner på knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. Gå mer än två kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. Gå några hundra meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i. Gå hundra meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j. Bada eller klä på dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. Under de senaste fyra veckorna, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av ditt kroppsliga hälsotillstånd?

(sätt ett kryss i rutan under JA eller NEJ för varje fråga)

	1 Ja	2 Nej	_____
a. Skurit ned på den tid du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Uträttat mindre än du skulle önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Haft svårigheter att utföra ditt arbete eller andra aktiviteter (t.ex. genom att det krävde extra ansträngning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5. Under de senaste fyra veckorna, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter som en följd av ditt känslomässiga problem (t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?

(sätt ett kryss i rutan under JA eller NEJ för varje fråga)

- | | 1 | 2 | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| | Ja | Nej | |
| a. Skurit ned på den tid du normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b. Uträttat mindre än du skulle önskat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c. Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

6. Under de senaste fyra veckorna, i vilken utsträckning har ditt kroppsliga hälsotillstånd eller dina känslomässiga problem stört ditt vanliga umgänge med anhöriga, vänner, grannar eller andra?

(sätt kryss i en ruta)

- | | | |
|-------------------|--------------------------|-------|
| 1. Inte alls | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Lite | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Måttligt | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Mycket | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Våldigt mycket | <input type="checkbox"/> | _____ |

7. Hur mycket värk eller smärta har du haft under de senaste fyra veckorna?

(sätt kryss i en ruta)

- | | | |
|-------------------|--------------------------|-------|
| 1. Ingen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Mycket lätt | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Lätt | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Måttlig | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Våldigt mycket | <input type="checkbox"/> | _____ |

8. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket av värken eller smärtan stört ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?

(sätt kryss i en ruta)

- | | | |
|-------------------|--------------------------|-------|
| 1. Inte alls | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Lite | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Måttligt | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Mycket | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Våldigt mycket | <input type="checkbox"/> | _____ |

9. Frågorna här handlar om hur du haft det under de senaste fyra veckorna. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur du känt dig

Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...

(sätt kryss för ett alternativ på varje rad)

	1 Hela Tiden	2 Största delen av tiden	3 En hel del av tiden	4 En del av tiden	5 Lite av tiden	6 Inget av tiden
a. Har du känt dig riktigt pigg och stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Har du känt dig mycket nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Har du känt dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Har du känt dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Har du känt dig full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Har du känt dig dyster och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Har du känt dig utsliten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Har du känt dig glad och lycklig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Har du känt dig trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har ditt kroppsliga hälsotillstånd eller dina känslomässiga problem stört dina möjligheter att umgås (t.ex. hälsa på släkt, vänner etc)?

(sätt kryss i en ruta)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Hela tiden | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Största delen av tiden | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. En del av tiden | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Lite av tiden | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Inget av tiden | <input type="checkbox"/> | _____ |

11. Välj det svarsalternativ som bäst beskriver hur mycket vart och ett av följande påstående STÄMMER eller INTE STÄMMER in på dig.

(sätt ett kryss för ett alternativ på varje rad)

- | | 1
Stämmer
precis | 2
Stämmer
ganska bra | 3
Osäker | 4
Stämmer
inte särskilt
bra | 5
Stämmer
inte alls | |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|-------|
| a. Jag verkar ha lättare att bli sjuk än andra människor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b. Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c. Jag tror min hälsa kommer att bli sämre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| d. Min hälsa är utmärkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Del 2: Några frågor om ditt levnadssätt

Besvara frågorna genom att ange det alternativ som stämmer bäst in på dig. Om du är osäker, ange ändå det alternativ som känns mest riktigt och skriv kommentarer i marginalen.

12. På min fritid

(kryssa för ett alternativ för varje fråga)

	1 Stämmer precis	2 Stämmer ganska bra	3 Stämmer inte särskilt bra	4 Stämmer inte alls bra
a. Gör jag sådant som jag tycker om och längtar efter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Umgås jag med vänner som jag trivs med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Rör jag på mig och håller min kropp igång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Vilka fritidsaktiviteter är särskilt viktiga för dig? Kryssa för de fritidsaktiviteter som du anser att du trivs med och mår bra av att hålla på med, d.v.s. de som är särskilt viktiga för ditt välbefinnande. (Hoppa över övriga)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| 1. Friluftsliv, t.ex. promenader, utflykter, plocka bär/svamp | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Trädgård, fritidshus | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Djur, t.ex. hund, katt, häst | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Kultur, t.ex. konsert, teater, läsa, radio etc. | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. TV, video, bio | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Föreningsliv, t.ex. hembygdsförening, facklig verksamhet, politik | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. Motionsidrott, orientering, jogging, och liknande | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8. Anläggningsidrott, t.ex. ishockey, kraftsport, friidrott | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9. Bad, båt, segling eller liknande | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. Fiske, jakt eller skytte | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 11. Hobby, t.ex. handarbete, frimärken, meka | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12. Musik, spela, sjunga eller lyssna | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 13. Religiösa aktiviteter | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14. Nöjen, t.ex. restaurang, dans | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 15. Bollspel, t.ex. tennis, golf, fotboll, handboll | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 16. Åskådare idrott | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 17. Umgänge, t.ex. med familj, släkt, vänner | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 18. Spel, t.ex. bingo, tips, trav | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 19. Annat, ange vad (använd gärna rutan till höger) | <input type="checkbox"/> | _____ |

14. Olika företeelser i livet påverkar varandra. Denna fråga behandlar hur nöjd du känner dig. Ange för varje delfråga med ett kryss var på skalan du befinner dig. Skalan är stigande från **1=missnöjd till 7=helt nöjd.**

Hur nöjd är du med...

	missnöjd					helt nöjd		
	1					7		
1. Ditt arbete (om du förvärvsarbetar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Ditt boende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Din hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Ditt umgänge? (inom och utom familjen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Din fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Din ekonomi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Din totala situation? (d.v.s. din livskvalitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____